

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 90

DE
L'ENFOUISSEMENT
DU MOIGNON APPENDICULAIRE

Exposé et comparaison de divers procédés opératoires

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 24 Avril 1907

PAR

Adrien LAPIERRE

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX
EX-INTERNE STAGIAIRE CHATELAIN-PICON

Né à Saint-Mandé (C) le 10 août 1881.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DENUCE,	professeur.....	Président.
		VILLAR,	professeur.....	Juges
		CAVALIÉ	agrégé.....	
		CHAVANNAZ,	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIERE, 17

1907

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 90

DE

L'ENFOUISSEMENT DU MOIGNON APPENDICULAIRE

Exposé et comparaison de divers procédés opératoires

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 24 Avril 1907

PAR

Adrien LAPIERRE

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX
EX-INTERNE STAGIAIRE A CHATEAU-PICON

Né à Saint-Amand (Charente), le 10 août 1881.

Examineurs de la Thèse

{	MM. DENUCÉ,	professeur.....	<i>Président.</i>
	VILLAR,	professeur.....	
	CAVALIÉ,	agrégé.....	{ <i>Juges.</i>
	CHAVANNAZ,	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS. Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DUPUY..... } Professeurs honoraires.
MASSE..... }

MM.

MM.

Clinique interne.....	{ PICOT. PITRES.	Physique biologique et électricité médicale...	BERGONIE.
Clinique externe.....	{ DEMONS. LANELONGUE.	Chimie.....	BLAREZ.
Pathologie et thérapeu- tique générales....	{ VERGELY (en congé) MONGOUR (charge)	Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.	Pharmacie.....	DUPOUY
Médecine opératoire..	VILLAR.	Matière médicale.....	DE NABIAS.
Clinique d'accouchements...	LEFOUR.	Médecine expérimentale.	FERRE.
Anatomie pathologique.....	COYNE.	Clinique ophthalmologique	BADAL.
Anatomie.....	CANNIEU.	Clinique des maladies chirurgicales des enfants.....	DENUCE.
Anatomie générale et histologie	VIAULT.	Clinique gynécologique.	BOURSIER.
Physiologie.....	JOLYET.	Clinique médicale des maladies des enfants.	MOUSSOUS.
Hygiène.....	LAYET.	Chimie biologique.....	DENIGES.
Médecine légale.....	LANDE.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
		Pathologie exotique....	LE DANTEC.

PROFESSEURS-ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	RÉGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. HOBBS.
MONGOUR.
CABANNES.

MM. VERGER.
ABADIE.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe {	MM. CHAVANNAZ. BEGOUIN. VENOT.	Accouchements {	MM. FIEUX. ANDERODIAS.
----------------------	--------------------------------------	-----------------	---------------------------

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... {	MM. GENIES. CAVALIE.	Physiologie.....	MM. GAUTRELET.
		Histoire naturelle.	BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie.....	M. BENECH.	Pharmacie.....	M. BARTHE.
-------------	------------	----------------	------------

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. RONDOT.
Accouchements.....	ANDERODIAS.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophthalmologie.....	LAGRANGE.
Hydrologie et minéralogie.....	BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

Hommage de reconnaissance filiale.



A MON ONCLE — A MA TANTE

A MES COUSINS GASTON ET GABRIEL ROBIN

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN GEORGES ROBIN

A MON COUSIN CHARLES JAULIN

A CEUX QUI M'ONT TÉMOIGNÉ QUELQUE INTÉRÊT

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR DENUCÉ

*Professeur de Clinique des Maladies chirurgicales des enfants à la Faculté
de Médecine de Bordeaux.*

Officier de l'Instruction publique.

AVANT-PROPOS

Quand l'étudiant quitte la Faculté, où il vient de terminer ses études médicales, il est pour lui un devoir bien agréable : remercier ses maîtres.

Que les différents maîtres qui ont bien voulu s'intéresser à nous et nous admettre dans leurs services hospitaliers reçoivent donc ici l'hommage de notre profonde gratitude.

Nous fûmes, pendant un an, l'externe du regretté professeur Piéchaud. Ce maître remarquable nous avait conquis par sa bienveillance et sa grande bonté. Il nous avait enseigné, avec la science que tout le monde lui connaissait, l'art si délicat et si difficile de soigner les enfants. Nous garderons à sa mémoire un souvenir ému.

L'année suivante, M. le professeur Denucé voulut bien nous admettre dans son service à l'hôpital Saint-André. Il fut pour nous le maître aimable et accueillant que l'on sait. Il nous fait aujourd'hui l'honneur de présider notre thèse inaugurale ; nous lui en sommes profondément reconnaissant.

Que MM. les D^{rs} Anglade et Jacquin, médecin chef et médecin-adjoint à l'Asile d'aliénées de Bordeaux, reçoivent aussi nos meilleurs remerciements pour la bienveillance qu'ils nous ont témoignée durant notre séjour à Château-Picon.

Notre camarade et ami Puyhaubert, interne des hôpitaux et aide d'anatomie à la Faculté, ne nous a ménagé ni son temps, ni ses conseils pour la mise au point de ce travail : nous l'assurons ici de notre très sincère reconnaissance.

Les planches de notre thèse sont dues à M. Graton : l'empressement tout amical avec lequel il s'est mis à notre disposition nous fait un devoir ici de lui adresser un cordial merci.

DE

L'ENFOUISSEMENT DU MOIGNON APPENDICULAIRE

EXPOSÉ ET COMPARAISON DE DIVERS PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

I

Historique.

Ce n'est que dans ces dernières années, et particulièrement de 1893 à 1903, que les opérations pratiquées en vue du traitement de l'appendicite ont été bien réglées.

Un temps de la technique employée, temps dont la nécessité a été supposée, mais jamais démontrée, consiste à exclure de la grande cavité péritonéale, dans les cas nombreux où elle reste largement ouverte, le moignon de l'appendice réséqué.

Il ne peut exister un procédé applicable à tous les cas, car les tissus devant servir de surface d'enfouissement ne peuvent toujours être pris au même endroit. En effet, les lésions appendiculaires et péri-appendiculaires sont très variables comme étendue et comme siège : c'est pourquoi chaque chirurgien utilise à sa façon la doublure péritonéale voisine du moignon.

En somme, les manières d'utiliser le feuillet péritonéal pour-

raient varier d'une opération à l'autre ; et si, dans pas mal de cas, l'opérateur est obligé d'obéir à des dispositions pathologiques et anormales de la séreuse, souvent aussi il aura intérêt à employer certains procédés qui lui permettront d'exécuter ce temps de l'opération d'une manière facile et rapide, devant aboutir au but qu'il se proposait.

Il est probable que tous les procédés qui ont été employés n'ont pas été publiés : Les différents procédés qui tendent à devenir classiques ont été indiqués de 1893 à nos jours. Ces procédés utilisent les uns le péritoine recouvrant l'appendice, les autres le péritoine cœcal ou pariétal voisin.

Parmi les nombreuses publications qui ont été faites sur le traitement de l'appendicite, on est étonné de ne pas retrouver plus de documents sur l'enfouissement du moignon appendiculaire, si on considère que peu de chirurgiens, surtout dans ces dernières années, ont laissé leur moignon non enfoui.

Et cette absence de renseignements sur les procédés employés tient peut-être à ce que les auteurs n'ont pas attaché à ce temps de l'opération une très grosse importance. C'est ainsi que nous voyons Roux (de Lausanne), déclarer au congrès de chirurgie de 1899 que « dans un cas d'appendicite, il enfouissait le moignon appendiculaire dans des adhérences ».

A la même époque, Poncet (de Lyon), donnait son procédé de décortication rétrograde de l'appendice qui fit naître le procédé à collerette séreuse appendiculaire.

Pendant que tous ces procédés prenaient naissance, la majorité des chirurgiens faisait, et cela probablement depuis les premières appendicectomies, des procédés d'enfouissement, procédés de fortune, utilisant les tissus qu'on pouvait utiliser ; à vrai dire, bien souvent encore, c'est à ces procédés que les chirurgiens auront recours. La plupart se contentaient de quelques points de suture à la Lembert, réunissant un repli séreux par dessus le moignon. C'est probablement de ces procédés qu'il s'agit dans les nombreuses observations d'appendicectomies où la description de la technique employée se résume en ces mots : « On a enfoui le moignon ».

Le Dr Dubourg (de Bordeaux) utilise depuis quelques années le moignon du méso-appendice qu'il a réséqué pour recouvrir le moignon appendiculaire.

Plus récemment, MM. Denucé et Puyhaubert, ignorant d'ailleurs les travaux de M. Dubourg, songèrent à utiliser ce moignon du méso-appendice, en profitant du dédoublement facile que peuvent subir les deux feuillets du méso, pour inclure le moignon appendiculaire dans une cavité artificielle rétro-péritonéale creusée dans ce méso-appendice.

Dans le présent travail, nous nous attarderons surtout à décrire le procédé de M. Dubourg et celui de MM. Denucé et Puyhaubert. Nous apporterons pour ce dernier, outre quelques observations, les résultats de nos expériences sur le cadavre.

II

De l'utilité d'enfouir les moignons appendiculaires dans la cavité péritonéale.

Pendant longtemps, la plupart des opérateurs ayant à intervenir sur les organes de la cavité abdominale ne songèrent pas, ou ne crurent pas utile de garnir la surface de section des portions enlevées d'une couche péritonéale.

Ce n'est que depuis quelques années qu'on a pensé pouvoir éviter certains accidents post-opératoires en prenant cette précaution. Quels étaient donc les accidents qu'on a cru pouvoir attribuer à l'absence de « repéritonisation » ?

On a pensé qu'une surface cruentée, abandonnée dans la cavité péritonéale, pouvait adhérer à un point quelconque des organes qui y sont contenus et, ces adhérences s'organisant, amener plus tard des troubles douloureux ou fonctionnels. Un certain nombre d'occlusions intestinales ont été ainsi attribuées à des brides cicatricielles pouvant remonter à des opérations sur la région appendiculaire.

Un autre accident, plus difficile à mettre en évidence, serait l'infection produite par la lumière du moignon appendiculaire, même cautérisé, au moment de la chute de l'eschare; cet accident, croyons-nous, doit être bien rare.

Est-il possible de nier l'existence de pareils accidents ?

De ces nombreuses observations d'occlusions intestinales, survenues un temps variable après des opérations d'appendicite, et qui ont été interprétées comme résultant d'adhérences secondaires, un certain nombre ne doit-il pas être attribué à

l'inflammation du péritoine péri-appendiculaire, péritoine dont on ne peut jamais faire l'ablation assez large?

Il est probable que, même s'il n'y avait pas eu opération, ces adhérences se seraient produites; de plus, nous savons fort bien que, dans bon nombre d'appendicectomies, il est impossible de recouvrir de séreuse saine toutes les surfaces excisées: en effet, les adhérences qu'on est obligé de rompre et d'enlever s'étendent parfois très loin.

Cliniquement, jusqu'ici, il n'a pas été fourni de preuves suffisantes, démontrant que, dans les opérations avec enfouissement complet, il y ait moins d'accidents que dans les opérations où on a laissé les moignons libres dans le ventre.

Quant au deuxième reproche, l'infection possible du péritoine par la lumière appendiculaire, l'opérateur s'en met à peu près à l'abri en thermo-cautérisant la dite lumière; mais évidemment, et même dans ce cas, il tombera dans le péritoine, au bout d'un temps variable, une petite escharre qui, probablement, sera aseptique: même dans ce cas favorable, cette petite escharre peut amener une réaction.

On a dit, enfin, que l'enfouissement du moignon appendiculaire exigeait un certain temps et prolongeait l'opération.

Il est facile aujourd'hui de répondre à cette objection: Dans toute opération, il est nécessaire d'aller vite, mais une appendicectomie est, en général, une opération d'assez courte durée et l'enfouissement exige ordinairement peu de temps. Il est donc préférable, si on doit avoir quelques chances de plus d'éviter toute complication à un opéré, de prolonger l'opération de dix minutes, souvent de moins, et de refaire au moignon un revêtement péritonéal.

Malgré les nombreuses et sérieuses objections à l'utilité de la « repéritonisation » des moignons, objections que nous venons d'énumérer, il est certain que l'esprit est satisfait par l'idée que :

a) Là, comme au niveau de tout organe recouvert de péritoine, une plaie repéritonisée va prédisposer beaucoup moins à la production d'adhérences qu'une plaie non recouverte;

b) S'il se produit la moindre infection par la lumière appendiculaire, cette infection sera circonscrite dans un tout petit espace et que, même dans le cas où l'escharre est aseptique, il vaut mieux, si on le peut, la faire tomber dans un tissu dépourvu de réaction, comme le tissu cellulaire rétro-péritonéal.

On fait, du reste, à ce niveau ce qu'on a reconnu utile de faire au niveau de la région utéro-annexielle (il est vrai que dans ce dernier endroit la plaie qu'on fait au péritoine est tout autre que dans la région appendiculaire); aussi, aujourd'hui, sans qu'il existe pour cela des raisons absolument établies en faveur de l'enfouissement du moignon appendiculaire, à peu près tous les chirurgiens cherchent-ils à donner le maximum de sûreté à leurs opérés en refaisant là, comme dans le petit bassin, et autant que cela est possible, une surface péritonéale.

Examinons maintenant l'utilité de l'enfouissement dans les diverses formes d'appendicites.

Disons d'abord qu'il existe certains cas où on ne songe même pas à enfouir le moignon appendiculaire : ce sont les cas où l'on trouve un abcès limité de la région appendiculaire. Dans la plupart de ces cas, après l'ouverture de l'abcès, on recherche bien l'appendice, mais on évite soigneusement d'ouvrir les adhérences qui limitent la grande cavité péritonéale. En effet, l'enfouissement serait impossible et d'ailleurs de nulle utilité puisqu'on laisse une cavité suppurante où les fils qui auront servi à faire les ligatures (quand il y aura lieu d'en faire) seront destinés à s'éliminer.

D'autres fois, il s'agit d'un abcès appendiculaire, mais d'un abcès appendiculaire ouvert et en communication avec la grande cavité péritonéale. Nous avons alors affaire à une péritonite très étendue ou à petits foyers de pus collectés et formés depuis peu de temps avec délabrements de l'appendice. Dans le second cas, il est presque toujours possible de recouvrir le moignon du péritoine voisin, qui est encore souvent assez souple pour cela, mais alors l'utilité est encore contestable, car il se fera probablement une suppuration autour de la zone appen-

diculaire, suppuration qui formera de nouvelles adhérences.

Dans les cas d'appendicites qu'on a laissé refroidir, mais où l'on trouve à l'opération autour de l'appendice un ou plusieurs foyers de pus peu virulent, après avoir fait l'ablation de l'appendice et l'assèchement de la cavité, il est préférable d'enfouir le moignon, d'autant que souvent les abcès siègent au niveau de la pointe de l'appendice, tandis que la zone de la base est à peu près saine. Cette zone de la base gagne donc à être isolée des parties malades.

Nous arrivons maintenant à un des cas qui se rencontrent souvent dans l'appendicite refroidie et où il s'est organisé de nombreuses adhérences : là, l'appendice enfoui parmi toutes ces brides est souvent difficile à dégager.

Dans cette variété il est bien difficile de rendre lisse toute la surface péritonéale : on ne pourra jamais recouvrir toutes les surfaces d'implantation des adhérences, mais même alors il est avantageux de recouvrir son moignon, au moins pour profiter de l'avantage de ne pas laisser infecter par la lumière appendiculaire la surface dépolie qui va rester.

Il nous reste encore à envisager les cas où l'enfouissement du moignon sera le plus facile et aussi peut-être le plus utile.

Dans l'appendicite à froid sans adhérences ou avec très peu d'adhérences, cas où il est facile de retrouver son appendice, de bien l'isoler, de voir le méso-appendice, le péritoine a conservé toute sa mobilité et pourra facilement être ramené par dessus le moignon.

C'est ici que l'enfouissement doit donner le maximum d'avantages qu'on puisse en attendre : aucun point enflammé dans le voisinage, aucun point dépoli pour amorcer des adhérences si le revêtement péritonéal du moignon est bien fait. Nous aurons alors un nouveau péritoine de la région appendiculaire absolument lisse.

Dans l'appendicite à chaud non suppurée, quand on intervient dans les premiers temps de la crise, au moment où l'infection n'a pas encore dépassé les limites de la séreuse, l'ablation de l'appendice sera facile ; la seule possibilité d'infec-

tion d'origine appendiculaire résiderait, après l'appendicectomie, dans le moignon. Il s'agit donc ici de faire une toilette sérieuse du moignon et de bien l'isoler de la cavité péritonéale. Dans ce cas, l'enfouissement sera tout indiqué pour essayer d'arriver à ce résultat.

III

De la classification des procédés d'enfouissement dumoignon appendiculaire.

Si nous cherchons à classer les divers procédés qui ont été mis en œuvre pour enfouir le moignon, nous pourrions user de la division suivante basée sur l'utilisation de telle ou telle partie du péritoine de la région iléo-appendiculaire :

Procédés où on utilise le péritoine appendiculaire propre ;

Procédés où on utilise le péritoine cœcal et simultanément le péritoine du méso ;

Procédés où on utilise le méso-appendice.

Nous allons voir quelles sont les techniques qui ont été employées et dans quels cas tel ou tel procédé offre le plus de facilités.

Dans le premier groupe de procédés, on se contente de garder une portion du péritoine entourant l'appendice pour enfermer dans un sac péritonéal le moignon de l'appendice réséqué. Dans cette catégorie rentrera un procédé dont l'idée a été donnée par l'appendicectomie par décortication rétrograde de Poncet.

En effet, cet auteur s'exprimait ainsi, le 20 octobre 1899, au Congrès de chirurgie : « Dernièrement, chez une jeune fille, en présence d'un cas très difficile avec adhérences, ne pouvant arriver à détacher l'appendice, je sectionnai l'organe au niveau de son implantation dans le cœcum, et en exerçant des tractions sur son bord périphérique, à mon grand étonnement, je retirai l'appendice en laissant sa gaine péritonéale ».

Disons, en passant, que ce procédé est surtout applicable quand on se trouve dans le cas cité par Poncet : appendice très

adhérent, libération très malaisée. Il sera parfois utile, dit Lejars, d'aller tout de suite à l'implantation cœcale de l'appendice et de le sectionner tout près de là, entre deux pinces ou deux ligatures, et de procéder ensuite à la décortication rétrograde. Après pincement et section près du cœcum, on saisit avec une pince sur le bout inférieur le pourtour de la tranche et l'on réussit à décortiquer toute la tunique séro-musculaire et à extraire l'appendice de sa gaine.

Disons encore avec le même auteur : « Le grand avantage de cette opération, c'est qu'elle se passe dans un foyer d'appendicite fermé par des adhérences et qu'on n'ouvre pas la grande cavité péritonéale ».

Puisqu'il était facile de retrousser le feuillet péritonéal entourant l'appendice, il n'y avait qu'un pas à faire pour tailler une collerette séreuse à la base de l'appendice et à couper après décollement la partie musculo-muqueuse un peu plus près de son point d'implantation que n'est la section de la séreuse. Après thermo-cautérisation de la muqueuse appendiculaire, on rabat le retroussis séreux qu'on ferme soit par une ligature en bourse, soit par une ligature à deux points de surjet. Et comme, si on employait le procédé tel que l'a décrit Poncet, on n'a pas à enlever le reste du péritoine recouvrant l'appendice, il suffira de mettre un point sur la seconde surface de section du péritoine appendiculaire, pour qu'il ne reste plus que deux petits moignons séreux.

Il est évident que ce procédé est surtout destiné à permettre d'enlever l'appendice sans rompre les adhérences et, dans ce cas, cette méthode d'enfouissement, n'exigeant en somme aucun tiraillement sur la séreuse voisine, est très recommandable.

Nous passons, maintenant, d'un procédé dont la technique est à peu près bien réglée, à *un groupe de procédés variables suivant les opérateurs*.

En effet, une fois le moignon appendiculaire ligaturé et cautérisé, on peut utiliser le péritoine voisin de diverses façons.

A. Plisser de chaque côté en deux plis parallèles, entre lesquels sera compris le moignon, le péritoine cœcal.

On réunit ces deux plis séreux par un petit surjet ou quelques points de suture.

B. Faire deux plis, les mêmes que ci-dessus, après avoir refoulé le moignon dans le cœcum en réunissant les deux plis comme précédemment.

C. Faire passer sous la séreuse un fil décrivant un cercle autour du moignon, et ensuite lier les deux bouts du fil en refoulant le moignon sous cette ligature dans une sorte de bourse dont on aura ainsi lié l'ouverture.

D. Utiliser non seulement le péritoine cœcal, mais encore une portion du péritoine soit méso-appendiculaire, soit méso-cœcal et cela par une série de points à la Lembert.

E. On peut encore enfouir le moignon dans plusieurs replis péritonéaux réunis par quelques points séparés.

Ce groupe de procédés trouvera facilement son emploi dans le cas où « l'appendice est détaché à sa base, rompu ou qu'il se coupe sous le fil; alors le meilleur parti sera de refouler en doigt de gant avec une pince ou la sonde cannelée dans le cœcum le court moignon appendiculaire » (Lejars). On appliquera alors par dessus un des procédés indiqués.

Ces procédés seront encore utilisés avec avantage dans les cas où il y a des adhérences et dans ceux où le méso-appendice est détruit, rétracté et ne peut plus servir de matière pour l'enfouissement.

Nous avons figuré, dans quelques-unes de nos planches, les techniques employées le plus souvent parmi les procédés que nous venons de citer. Ces procédés sont déjà figurés dans la plupart des livres de technique opératoire.

Enfin, il nous reste *un groupe de procédés où on utilise uniquement le méso-appendice* pour recouvrir le moignon appendiculaire. On comprendra que pour que ce procédé soit applicable, il faudra que le méso-appendice n'ait pas été trop touché par l'inflammation et ait gardé sa souplesse, du moins dans la région de la base de l'appendice. Comme nous l'avons dit, M. Dubourg (de Bordeaux) emploie depuis quelques années le moignon du méso-appendice en le rabattant par dessus le moi-

gnon appendiculaire. MM. Denucé et Puyaubert ont employé dans quelques cas un procédé où ils utilisent aussi le méso-appendice. Ils rabattent le moignon de ce méso sur le moignon appendiculaire, tout comme le fait Dubourg, mais après avoir dissocié les lèvres du méso, ils font basculer le moignon appendiculaire entre ces deux lèvres dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal.

IV

Des procédés où on utilise le méso-appendice.

Le premier procédé en date est celui qu'emploie M. Dubourg (de Bordeaux) :

Après avoir fait l'ablation de l'appendice et avoir placé deux fils, l'un sur le méso, l'autre sur le moignon appendiculaire, M. Dubourg rabat le moignon du méso-appendice par dessus le moignon appendiculaire, de manière à recouvrir celui-ci dans les plis de celui-là. Le fil qui a servi à lier le moignon du méso est attaché au fil qui a servi à lier le moignon appendiculaire, et de cette manière ce dernier est retenu sous les plicatures du méso-appendice. Ce procédé est très rapide, tout comme le procédé que nous allons décrire plus loin.

Il n'est applicable que dans un certain nombre de cas où la séreuse a conservé assez d'élasticité pour former un moignon capable d'être étiré pour aller recouvrir l'autre moignon. Comme le procédé suivant, il ne laisse dans la cavité abdominale que deux catguts.

Quant aux résultats, nous n'essaierons même pas de les prouver par des observations, persuadé qu'il est bien difficile de juger, quand une appendicite opérée évolue mal, quelle est la part de fautes qui revient à la maladie, au procédé, aux fautes contre l'asepsie.

Disons cependant que M. Dubourg a, dans ces dernières années, opéré dans son service de l'hôpital Saint-André quantité d'appendicites et qu'il a enfoui quantité de moignons. Les fiches qu'il a bien voulu nous permettre de consulter nous ont démontré l'excellence du procédé, si nous nous reportons aux heureux résultats de ses nombreuses appendicectomies.

Quant au procédé de MM. Denucé et Puyhaubert, nous nous étendrons plus longuement sur sa technique, ayant pu nous-même nous rendre compte, par une expérimentation assez longue faite sur le cadavre, en collaboration avec l'un des deux auteurs, des différents temps qui constituent ce mode opératoire d'enfouissement. Nous allons décrire d'abord le procédé tel qu'il est applicable dans la plupart des cas et nous donnerons ensuite les résultats que son application sur le cadavre nous a fournis suivant les variations anatomiques de l'appendice et de sa séreuse.

Technique.

1^{er} et 2^e temps. — Après avoir découvert l'appendice et avoir attiré au dehors au moins l'appendice et son méso, après avoir bien étalé ce dernier, passé dans le méso immédiatement sous la base de l'appendice un fil double, après avoir sectionné l'anse de ce fil et évité de croiser les deux fils résultant de cette section ; après avoir fait tout cela, on ramène les deux bouts du fil supérieur par dessus l'appendice et on lie ce dernier par un simple nœud. On ramène de même les deux bouts du fil inférieur vers le bord libre du méso : on serre alors doucement ce dernier, en laissant fléchir l'appendice à mesure que le méso se raccourcit par son plissement de manière que le fil ne déchire pas les feuillets séreux vers la base de l'appendice.

Il faut veiller à ce que les nœuds des fils inférieurs et supérieurs soient bien à l'opposé l'un de l'autre, le premier sur le bord libre du méso, l'autre sur la face dorsale de l'appendice.

3^e temps. — On sectionne ensuite l'appendice à quelques millimètres de sa ligature et aussitôt après le méso au-dessous de la sienne. On a bien soin de faire maintenir par un aide les deux bouts du fil appendiculaire et en maintenant soi-même les fils du méso. On aperçoit à ce moment, réunissant de chaque côté les deux moignons, les deux feuillets du péritoine qui, après avoir recouvert l'appendice, vont s'étaler pour former le méso-appendice. *Glissez alors d'un centimètre environ une sonde cannelée dans le tissu cellulaire séparant les deux feuillets.*

Créez là une cavité de dimensions équivalentes au volume du moignon appendiculaire.

Après avoir cautérisé la muqueuse appendiculaire, on abaisse avec la sonde le moignon appendiculaire en érection vers la cavité créée au temps précédent, tout en aidant avec la sonde le passage du moignon à travers les lèvres de l'orifice. En même temps que l'on ramène le moignon du méso-appendice par dessus le moignon appendiculaire basculé, on lie le bout gauche du fil supérieur avec le bout gauche du fil inférieur et ensuite le bout droit du fil supérieur avec le bout droit du fil inférieur.

Après avoir sectionné les quatre bouts des fils, on peut abandonner dans le ventre l'organe enfoui.

Les quelques observations d'appendicectomies où ce procédé a pu être appliqué seront rapportées plus loin. Faisons simplement remarquer que dans deux d'entre elles, il nous a été permis de constater qu'il fallait prendre certaines précautions pour ne pas déchirer les lèvres du méso-appendice, précautions qui sont d'accord avec ce que nous a appris l'expérimentation sur le cadavre.

Expérimentation. — Nous avons essayé d'appliquer le procédé Denucé-Puyhaubert sur cinq cadavres injectés au formol. Nous avons vu que les tissus, par ce mode d'injections, avaient perdu toute leur souplesse et que le péritoine se déchirait facilement quand on exerçait sur le méso-appendice une traction même minime. Les desseins que nous reproduisons plus loin ont pourtant été pris dans ces conditions. Même dans ces conditions défectueuses, nous avons trouvé et observé des points intéressants qui, associés à ceux que nous avons vus sur le cadavre frais, nous permettront, à la fin de ce chapitre, d'insister sur quelques précautions opératoires à prendre dans certains cas particuliers.

Sur le cadavre frais, nous avons essayé d'enfouir une dizaine de moignons. Ici, nous nous rapprochons beaucoup plus des conditions normales d'élasticité et de résistance des tissus qu'on rencontre habituellement. En effet, on pourrait objecter que l'on intervient pour des appendices malades, mais nous pou-

vons répondre qu'il existe un grand nombre d'appendicites refroidies où il ne reste comme trace de la poussée aiguë qu'a subie l'appendice que des lésions souvent non constatables macroscopiquement; même parfois, quand il existe des lésions macroscopiques de l'appendice, il n'en existe forcément pas du méso ou des replis séreux qui serviront à enfouir le moignon.

Cliniquement, du reste, on constate ce que nous avons vu sur le cadavre frais : certains péritoïnes sont beaucoup plus résistants à la traction que d'autres, même probablement en dehors de tout état pathologique. Maintenant, en nous considérant comme placé à peu près dans les conditions où nous pourrions employer ce procédé, nous avons vu que la technique pouvait varier un peu suivant *l'élasticité du péritoïne et sa résistance et suivant la disposition de la séreuse au niveau de l'appendice.*

Certains méso sont presque inextensibles et, dans ce cas, on est obligé de faire basculer, dans la cavité artificielle, le moignon appendiculaire et la base d'implantation cœcale. Dans ce cas, si le péritoïne est friable et si on cherche à tirer dessus, on le déchire; aussi la traction, minime du reste, doit-elle être faite du côté du cœcum. Il est prudent, même dans ces cas, de maintenir par les fils les moignons séparés l'un de l'autre par un tout petit espace, au moment de la section des parties à enlever. En effet, la rétractilité cœcale, tirant sur les lèvres péritonéales qui réunissent les deux moignons, les déchirerait et créerait une cavité beaucoup plus large que celle qu'on désire et dont les bords laisseront par côté échapper le moignon. A plus forte raison faut-il éviter de tirer sur les fils, car ce que la simple rétraction des parties est capable parfois de faire serait plus facilement fait par une traction inopinée.

Aussi, pratiquement, est-il préférable que le fond du cœcum soit tiré en dehors en même temps que l'appendice et maintenu par un aide qui, embrassant le cœcum entre le pouce et l'index, va appliquer la pulpe de ces deux doigts vers la base du méso, entre l'iléon et le cœcum; on évitera ainsi toute espèce de tiraillements. Dans certains cas, cette absence d'élasticité du méso peut être due à des phénomènes inflammatoires, comme nous

avons pu en constater un cas, sans pouvoir savoir à quand remontait cette inflammation, le méso étant devenu en partie épais et comme fibreux, solidement adhérent à la fosse iliaque.

Enfin, il est évident que dans le cas où on trouverait un péritoine très friable et très mince, il serait bon de prendre les précautions que nous venons d'indiquer ci-dessus.

Quelles sont les dispositions de la séreuse au niveau de l'appendice que nous avons pu rencontrer au cours de notre expérimentation ?

Dans un cas, il n'existait pour ainsi dire pas de méso-appendice : seule une petite portion du méso se distinguait à la base, mais elle était insuffisante pour pouvoir faire un moignon solide. Il existait cependant un repli iléo-appendiculaire plus développé que le méso-appendice et couvrant ce dernier. Aussi dans ce cas, après avoir mis une ligature sur la base de ce faible méso, avons-nous pu nous servir du repli iléo-appendiculaire pour constituer un moignon et enfouir entre ses lèvres le moignon appendiculaire.

Deux fois il s'agissait d'appendices à forme basse dont un à forme tout à fait pelvienne ; malgré un méso semblant normalement constitué, il fut impossible d'amener le cœcum et l'appendice assez au dehors pour pouvoir employer le procédé. Dans le deuxième cas le méso était relativement court et on ne put éviscérer suffisamment l'appendice et le cœcum.

Un fait un peu particulier, et que cliniquement on peut retrouver assez fréquemment vu que nous l'avons constaté quatre fois sur quinze cas (dans d'autres cas il existait de la graisse, mais pas assez pour gêner), c'est la présence de graisse au niveau du méso-appendice. La séreuse, dans ces cas, était friable, le moignon du méso une fois fait restait volumineux, les fils étaient noyés dans la graisse. Le moignon du méso était gêné par son volume et sa forme cylindrique pour aller recouvrir le moignon appendiculaire. Ce qui gênait du reste le plus dans ces derniers cas, c'étaient les lèvres du méso, qui, une fois sectionnées, s'éloignaient l'une de l'autre, repoussées par la graisse comprise entre les deux feuillets.

Lorsque l'appendice n'occupe pas sa place normale, qu'il est rétro-cœcal, il est en général possible, à moins d'adhérences à la fosse iliaque droite, de l'amener en avant.

Nous voyons par là que nous sommes amenés expérimentalement à souligner quelques points de technique :

Dans le cas de méso-appendice trop graisseux, il sera souvent nécessaire, si on emploie le procédé, d'ajouter un point de chaque côté sur les lèvres du méso trop écartées pour ne pas laisser ressortir le moignon appendiculaire ;

Dans les cas où les lèvres se déchireraient ou s'agrandiraient trop, soit par traction trop forte, soit pour d'autres causes, il sera également préférable d'ajouter un point de chaque côté.

On voit encore que ce procédé serait applicable dans la plupart des cas d'appendicite à froid où les rapports et la constitution des organes n'ont pas été trop altérés.

Malgré tout, l'expérimentation ne peut nous fixer que sur les cas se rapprochant en somme de l'appendice normal et ne peut nous permettre d'apprécier globalement dans quelle proportion de cas d'appendicites ce procédé serait applicable.

Observations.

Dans le nombre restreint d'appendicectomies où le procédé de MM. Denucé et Puyhaubert a été employé, on peut retrouver quelques-unes des difficultés que nous avait signalées l'expérimentation. C'est ainsi que dans la première de nos observations il s'agit d'un homme d'embonpoint assez considérable et dont le méso-appendice était passablement graisseux. Malgré cela et avec des précautions on put enfouir le moignon appendiculaire par le procédé Denucé-Puyhaubert.

OBSERVATION I

PUYHAUBERT et LAPIERRE

Georges X..., âgé de 27 ans, plâtrier à Margaux, entre le 30 avril 1906 à l'hôpital Saint-André, salle 11, lit 8 pour une appendicite refroidie en ce moment.

Le père et la mère de ce malade sont vivants et bien portants. Au mois de février, c'est-à-dire deux mois et demi avant son entrée, le malade avait ressenti dans la fosse iliaque droite, à un point qui correspond au point de Mac-Burney, une douleur vive qui ne fit qu'augmenter d'intensité et l'obligea à se mettre au lit. Le médecin appelé déclara qu'il s'agissait d'une appendicite et ordonna une potion et de la glace sur le ventre en permanence.

Au bout du troisième jour, les douleurs vivent cessent et le malade garde la glace pendant six jours. Le dixième jour, il put se lever. Cette maladie fut accompagnée de fièvre selon la déclaration du médecin au malade, mais ce dernier ne peut nous fournir sur cette fièvre aucun point précis.

Quelque temps avant cette crise, le malade avait manifesté de la constipation : cette constipation existe encore, mais à un moindre degré. Jamais, cependant avant cette date, il n'avait présenté d'autres crises analogues à celle-ci.

Un mois avant son entrée à l'hôpital, le malade a ressenti quelques nouvelles douleurs au point de Mac-Burney, douleurs qui durèrent seulement une journée. Mais malgré que le malade n'éprouve en somme actuellement rien de pathologique du côté de sa fosse iliaque, il entre à l'hôpital sur les conseils de son médecin, en vue d'une appendicectomie.

Nous examinons cet homme le 30 avril. Il est très robuste, d'embonpoint au-dessus de la moyenne. Il n'accuse pas de douleurs spontanées. Abdomen assez proéminent. La palpation, même profonde, n'amène aucune douleur, mais vu l'épaisseur de la graisse de la paroi, il est impossible de trouver sous les doigts quelque chose ressemblant à l'appendice.

Cet homme nous avoue avoir fait quelques excès alcooliques

et avoir surtout bu du vin. Il craint, étant donné son métier de plâtrier, qu'il ne s'agisse de saturnisme. Examiné à ce point de vue, il ne présente aucun signe de l'intoxication par le plomb. L'examen des urines ne montre ni sucre ni albumine.

L'opération est faite le 8 mai par M. le professeur Denucé. Après anesthésie au chloroforme, M. Denucé pratique une incision de 7 centimètres environ au niveau du point de Mac-Burney : il arrive sur les couches musculaires et dissocie les fibres de chaque muscle suivant leur direction, selon la méthode de Mac-Burney. Par cette petite ouverture, il passe un doigt dans la cavité abdominale, doigt qui ramène après quelques instants de recherches l'appendice libre avec un méso-appendice un peu court. Ce méso contient entre ses feuillets de nombreux lobules de graisse. Le cœcum, l'appendice et le méso ayant pu facilement être éviscérés, M. Denucé fait ensuite la résection et l'enfouissement du moignon appendiculaire par son procédé. L'emploi de ce procédé a été rendu plus délicat par la présence de graisse dans le méso-appendice, aussi le chirurgien a-t-il été obligé de fermer une lèvre de la boutonnière par un point de catgut. Suture de la paroi au catgut, en plusieurs plans; suture de la peau par trois agrafes de Michel.

La température ne subit pas la moindre élévation; les jours suivants la température oscille entre 36°6 et 37°. Le pouls reste toujours le même, régulier, sans variations, entre 70 et 80 pulsations. Le deuxième jour le malade commence à s'alimenter légèrement; le quatrième jour le malade se lève sans autorisation pour aller aux cabinets, il n'a ressenti, même malgré cette imprudence, aucune douleur. On obtient du malade qu'il reste au lit jusqu'au huitième jour. Le cinquième jour les agrafes de Michel sont enlevées et on met seulement à la place une petite lanière d'emplâtre de Vigier.

Le quinzième jour après son opération, la malade quitte l'hôpital en parfait état.

Dans la deuxième de nos observations, il s'agissait d'un appendice très long, présentant des adhérences vers son sommet. Comme la base de l'appendice était libre et le méso bien conservé on put, après section des adhérences, éviscérer l'ap-

pendice et une partie du cœcum. Le méso-appendice n'était pas graisseux et il fut facile d'employer le procédé.

OBSERVATION II

PUYHAUBERT et LAPIERRE

Eléonore L..., 27 ans, domestique, entre le 3 décembre 1903, salle 2, dans le service de M. le professeur Denucé. La malade, envoyée par un médecin de la ville avec le diagnostic d'appendicite, est placée au lit n° 31.

Nous interrogeons cette malade et elle nous apprend qu'elle a son père qui est bien portant et que sa mère est morte à la suite d'une fluxion de poitrine. Pas de frères ni de sœurs. Elle a toujours été bien portante dans sa jeunesse. Elle fut réglée à 13 ans ; ses règles cependant n'ont pas été toujours très régulières.

Depuis deux ans seulement la malade est incommodée par une constipation assez accentuée qui n'a pas été améliorée sensiblement par des purgatifs répétés. Cette constipation amenait chez la malade des phénomènes douloureux surtout localisés au niveau du côlon transverse (sensation de barre sus-ombilicale transversale ainsi qu'au niveau de l'angle colique gauche).

Dans la poussée du 30 novembre, la malade éprouve, après s'être fatiguée plus que d'habitude, des douleurs plus vives que d'ordinaire surtout au niveau de la fosse iliaque droite, région où elle ne souffrait que rarement. Au bout de quelques heures, les douleurs ne diminuant pas, la malade se mit au lit et se fit appliquer des cataplasmes sur le ventre. Elle continua à souffrir toute la nuit suivante. Le lendemain matin, elle voulut essayer de se lever mais ne put se tenir debout. Elle se remit au lit et vomit alors le café au lait qu'elle avait absorbé quelques instants auparavant. Un médecin appelé déclare qu'il s'agit probablement d'une crise d'appendicite et ordonne l'application d'un sachet de glace sur le ventre. Le lendemain, les douleurs paraissent un peu calmées. La malade avait pu prendre du bouillon et du lait sans vomir. Dans la nuit du 2 au 3, les douleurs se réveillent de nouveau plus vives et le médecin appelé conseille le transfert à l'hôpital.

A son arrivée à l'hôpital, nous examinons la malade ; son état général semble peu satisfaisant : c'est une femme amaigrie à abdomen rétracté. La palpation légère n'amène pas de douleurs vives. La palpation profonde amène une douleur assez aiguë au niveau du point de Mac-Burney ainsi qu'en descendant dans la fosse iliaque droite. A ce niveau, malgré la défense musculaire, on peut sentir un empatement et plus de résistance que du côté opposé. La palpation du côlon transverse et surtout de l'angle colique gauche était un peu douloureuse. Depuis le début de sa crise, la malade n'était pas allée à selle, aussi, par la palpation, pouvait-on sentir des matières dures accumulées dans le côlon descendant.

Le toucher vaginal montre un utérus mobile non douloureux du côté des annexes.

L'examen des urines montre alors la présence d'une faible quantité d'albumine. Cet examen répété les jours suivants montre la disparition de l'albumine vers le sixième jour. Pas de phénomènes vésicaux. La quantité des urines, d'abord diminuée, a ensuite augmenté très rapidement. La température de la malade prise le 3 décembre au soir est de 38,2.

On prescrit alors le traitement suivant : glace sur le ventre, diète hydro-lactée, potion opiacée.

Le lendemain matin, les douleurs sont moins vives.

La température est de 37,6. Même traitement.

Le soir, température : 37,8. Le pouls bat à 96. La nuit fut bonne.

Le 5 décembre, la palpation du côté malade est moins douloureuse, la température vespérale est de 37°. Pendant les jours qui suivent, la malade ne présente plus aucun phénomène nouveau et on assiste à la disparition successive des phénomènes.

La température oscille entre 36,8 et 37,2. Les urines sont désormais normales. Au bout de quelques jours, la palpation de la fosse iliaque est indolore et montre simplement une petite tuméfaction allongée et peu volumineuse. Cette tuméfaction disparaît d'ailleurs bientôt. On combat la constipation par des lavements.

Au bout d'un mois, le 5 janvier 1906, jugeant que la période des phénomènes aigus était passée, M. Denucé intervient. Incision de Mac-Burney. Appendicectomie assez facile, malgré deux adhérences

l'une du sommet, l'autre du milieu de l'appendice long d'environ dix centimètres. Méso-appendice long. L'enfouissement du moignon est fait facilement par le procédé Denucé-Puyhaubert. Sutures placées par plans au catgut. Suture de la peau avec les agrafes de Michel. Les jours qui suivent l'opération, aucune ascension anormale de la courbe de température. On enlève les agrafes le cinquième jour. Réunion par première intention. La malade se lève le quinzième jour après l'opération et part le 26 janvier chez elle, souffrant cependant un peu de son angle colique gauche.

Dans l'observation III, malgré de nombreuses adhérences, il fut facile, après la section, d'employer le procédé, mais comme la séreuse était plus ou moins éraillée, on fut obligé d'ajouter un point de catgut sur une des lèvres du méso.

OBSERVATION III

Due à l'obligeance de M. le professeur DENUCÉ.

Jean L..., 10 ans, entre à l'Hôpital des enfants le 21 octobre 1906. Il est placé salle 8, lit 5.

Les parents, interrogés sur leurs antécédents personnels, déclarent n'avoir jamais été sérieusement malades. Aucune affection abdominale dans la famille.

L'enfant est né dans d'excellentes conditions; la grossesse a été normale dans son évolution; l'accouchement s'est fait très facilement.

L'enfant, de 3 à 6 ans, était fréquemment sujet à l'urticaire, et à 6 ans il fut atteint d'une fièvre typhoïde très grave. Au cours de cette fièvre typhoïde, il fit un abcès volumineux du côté gauche de l'abdomen. Cet abcès guérit, mais l'année suivante l'enfant contractait la rougeole. Ajoutons que le jeune L... est fréquemment sujet à de violentes douleurs d'entrailles.

Dans la nuit du 10 au 11 octobre, l'enfant fut pris subitement de violentes coliques localisées aux environs de la région ombilicale.

Des cataplasmes sinapisés furent appliqués, mais n'amènèrent

aucun soulagement. Un lavement glycérimé fut administré au petit malade mais n'eut d'autre résultat que d'augmenter les douleurs.

Le 11 et le 12 survinrent des douleurs et des vomissements muqueux ; selles normales.

A dater du 13, constipation et douleurs dans la partie droite de l'abdomen. Température : 39,9.

Le médecin diagnostique une appendicite et ordonne le décubitus horizontal et une vessie de glace sur le ventre, ainsi que la diète pendant quarante-huit heures. Ensuite il prescrit le régime liquide.

Le 14, la température est de 36,6. Pas d'élévation jusqu'au 19. Le 19 au soir, la température est de 38°. Le 20, de 38,4. Le 21, de 38°.

L'enfant entre à l'Hôpital des enfants assistés à onze heures du matin, salle 8.

A ce moment, l'enfant est peu prostré, son pouls est régulier et bien frappé (68 puls.).

La température est de 38,1, la langue est saburrale, pas de vomissements. L'enfant émet dans sa journée 600 grammes d'urine, présente à l'analyse des traces d'albumine.

En examinant l'abdomen, on constate une voussure accentuée à droite, s'étendant de l'ombilic à trois travers de doigts du pli inguinal.

La palpation montre un gâteau dur, peu douloureux ; la défense musculaire est peu marquée.

A gauche, l'abdomen est souple et ne présente rien d'anormal.

On continue l'application de glace et le régime liquide.

Le 22 octobre, la température vespérale est de 38,8. Le pouls bat à 112.

Le 23, l'enfant est plus abattu.

Le 24, on donne un lavement glycérimé suivi d'une selle abondante.

Le 25, le pouls et la température sont devenus normaux. Les jours suivants l'état général et local s'améliore, on met l'enfant à un régime semi-liquide.

Le 13 novembre, on supprime la vessie de glace et à la fin du mois, à la palpation, l'abdomen n'était plus douloureux à droite. Le gâteau péritonéal avait disparu, mais on sentait au point de Mac-Burney un cordon dur sans empâtement de la région.

Le 8 décembre, après avoir endormi l'enfant au chloroforme, on fait une incision de deux travers de doigts, selon la technique de Mac-Burney. On trouva l'appendice entouré de nombreuses adhérences. Après section d'une partie du grand épiploon, on put dégager l'appendice recourbé en faucille et après avoir aussi dégagé son méso, on put réséquer l'appendice et enfouir le moignon selon le procédé de MM. Denucé et Puyhaubert. Mais comme la rupture des adhérences avait nécessité quelques tiraillements, on fut obligé de faire un point supplémentaire de catgut sur une lèvre du méso. Suture du plan antérieur abdominal au catgut. Agrafes de Michel sur la peau. Pansement.

Le 9 décembre, pouls et température normaux. Le malade semble faire un peu d'ictère.

Le 11 décembre, l'analyse des urines est négative ; la conjonctive est moins jaune.

Le 12 décembre, l'ictère a complètement disparu. On enlève une partie des agrafes.

Le 14 décembre, on enlève les dernières agrafes. Température, 38°. On constate une légère suppuration de la paroi abdominale, on draine. A partir de ce jour, on renouvelle le pansement tous les deux jours.

La suppuration diminue rapidement et l'enfant sort guéri le 6 janvier.

Dans l'observation IV, on retrouva des adhérences très nombreuses comme précédemment : le méso-appendice était plus ou moins reconnaissable. Il était cependant assez conservé à sa base pour pouvoir faire un moignon ; il fut, là encore, facile d'enfouir le moignon appendiculaire par le procédé de MM. Denucé et Puyhaubert. Et comme on avait à suturer sur le cœcum, au voisinage de l'appendice, une éraillure de la séreuse, on en profita pour prendre dans le même catgut et plisser une lèvre du méso. On obtint ainsi un moignon appendiculaire très bien enfoui.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. le D^r RABÈRE.

Marie-Germaine M..., née le 29 mai 1893, entre à l'Hôpital des enfants, salle 9, lit 10, en mars 1906.

Le grand-père maternel de cet enfant s'est suicidé, sa grand'mère maternelle est morte d'une affection du cœur. La mère de l'enfant est âgée de 42 ans, est atteinte de néphroptose et est ataxique. Elle est entrée à l'hôpital Saint-André, en 1901, pour ces deux affections. Elle y est rentrée une seconde fois, l'année suivante, pour métrite. La mère de l'enfant a fait un troisième séjour à Saint-André où elle est restée en traitement pendant huit mois, jusqu'en août 1903. Elle a eu trois enfants, dont un est mort, il y a un mois, de méningite tuberculeuse.

L'enfant est née à terme après une grossesse normale et un accouchement facile. Elle a été nourrie au sein maternel jusqu'à un an. A 21 mois l'enfant a été placée à l'Assistance publique. Elle eut sa première dentition à neuf mois et marcha à un an. Elle fut très bien portante jusqu'à l'âge de neuf ans, époque où elle retourna à l'Assistance. C'est alors qu'elle eu une attaque de paralysie infantile qui fut assez bénigne, car quelques semaines après, complètement guérie, elle revenait chez sa mère. Elle y contracta une scarlatine qui suivit un cours normal. En janvier 1903, elle fut placée dans un orphelinat où elle est restée jusqu'en décembre de la même année. Dans cet espace de temps, elle eut la teigne : cette affection ne disparut qu'après un traitement de trois années. Elle revint à l'Hospice des enfants où on remarqua qu'elle était sujette à des céphalées fréquentes.

Le 29 février 1906, la fillette présente un malaise indéfini, quoique son appétit et son sommeil soient restés bons.

Le 20 mars, à 4 heures du soir, elle fut subitement prise d'une douleur vive dans la partie droite de l'abdomen avec violent mal de tête. Néanmoins, elle ne se coucha qu'à l'heure habituelle : la nuit fut mauvaise ; elle se plaignit fréquemment soit de la tête, soit de l'abdomen. Le lendemain, ayant voulu se lever, elle ne put marcher

et se tenir debout. Pas de vomissements. Le médecin appelé conseille son transport à l'Hôpital des enfants. Elle arriva à huit heures du soir, pâle. Son état général était mauvais; elle avait des frissons. Sa température était de 36°4.

A l'examen, elle présenta tous les symptômes d'appendicite aiguë : douleur au point de Mac-Burney, défense musculaire surtout à droite, mais pas de gâteau péritonéal sensible; pas de voussure de l'abdomen du côté droit. Traitement : glace sur le ventre; injection de caféine (0 gr. 20), pendant deux jours. Urines rares le premier jour (250 grammes environ) dont la quantité alla progressivement en augmentant les jours suivants.

Le 24 mars, lavement amenant deux selles; en même temps les phénomènes appendiculaires s'amendent et le 10 avril on permettait un régime semi-liquide. La malade fut opérée le 26 avril.

L'analyse d'urine, faite le 14 avril par M. Basset, pharmacien de l'Hôpital des enfants, est négative quant à la présence d'albumine et de glucose.

Il y a présence d'urobiline, de pigments biliaires et d'indican.

L'appendicectomie est pratiquée par M. Rabère, après incision de Jalaguier. On tombe sur un appendice avec adhérences multiples; après libération de ces dernières, on put utiliser la base du méso-appendice pour enfouir le moignon par le procédé de MM. Denucé et Puyhaubert. Pendant qu'on avait essayé de libérer une adhérence cœcale, la séreuse s'était déchirée sur le cœcum vers la base de l'appendice, et en faisant un surjet sur cette déchirure on plissa une des lèvres du méso un peu éraillée elle-même. Pas de drainage, suture des plans de la paroi antérieure au catgut, suture de la peau aux agrafes de Michel. Suites d'opérations normales. L'enfant sort guérie le 20 mai.

Quelques considérations générales sur les divers procédés d'enfouissement.

Si dans le chapitre précédent nous avons cité quelques observations où on avait pu appliquer le procédé de MM. Denucé et Puyhaubert, c'était non pas pour juger de sa valeur, but absolument aléatoire dans le cas présent, mais pour montrer que dans la pratique on retrouvait bien des difficultés semblables à celles que nous avait montrées l'expérimentation sur le cadavre.

Nous pouvons cependant mettre en regard des difficultés qu'il peut présenter les avantages qu'on peut en retirer.

En effet, ce procédé est extrêmement rapide. Il se fait en somme en même temps la résection de l'appendice et celle de son méso. Ce procédé n'utilise encore que les deux fils nécessaires à la ligature de ces deux organes. On ne peut donc par conséquent lui faire le reproche de prolonger sensiblement l'opération, le seul temps supplémentaire étant celui exigé par le passage d'une sonde entre les lèvres du méso-appendice et la formation de deux nœuds. On ne laisse ainsi dans la cavité péritonéale que le minimum de catguts, sans avoir évidemment à tenir compte des catguts qu'on pourrait avoir à employer pour les adhérences.

Quant à la différence qui existe entre ce procédé et la plupart des autres, elle réside non seulement dans la technique mais surtout dans le lieu où va se trouver le méso-appendice après l'enfouissement. En effet, dans le procédé Denucé-Puyhaubert, le méso va être placé dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal,

tandis que dans les autres procédés on l'enfouit dans la séreuse. Or, s'il y a chance d'infection dans la lumière appendiculaire, il vaut peut-être mieux que les produits septiques se déversent dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal que dans le péritoine, même quand ce dernier a été artificiellement limité.

Les cas où on peut employer ce procédé sont nombreux ; ses contre-indications dépendent seulement de l'impossibilité d'agir aisément sans tirailler le méso-appendice ou de l'impossibilité où on est de se servir de ce méso ou d'un repli péritonéal pour former un moignon convenable.

Mais il est évident que dans un certain nombre de cas il est impossible de l'employer : ce sont les cas où son application serait si difficile qu'elle serait probablement plus longue que quelques points de suture ; l'occlusion ne serait probablement pas meilleure.

C'est pourquoi peut-être un jour on démontrera l'inutilité de l'enfouissement du moignon dans les appendicectomies. Peut-être, au contraire, démontrera-t-on plus tard l'utilité encore contestée de cet enfouissement. Dans ce dernier cas, il restera toujours un procédé constamment applicable : celui des points de Lembert.

CONCLUSIONS

I. En somme, il n'existe aucune preuve de l'utilité d'enfouir les moignons appendiculaires après la résection de l'appendice, comme cela semble résulter du peu d'importance qu'attachent les divers auteurs à ce temps de l'opération.

II. Il est probable pourtant que dans quelques cas particuliers il est assez avantageux d'enfouir l'appendice.

III. C'est du reste la pratique de la plupart des opérateurs, mais, dans ce cas, il ne peut exister pour cet enfouissement un procédé unique, les lésions de la séreuse et de l'appendice présentant des variations trop fréquentes pour qu'on puisse toujours utiliser les mêmes parties.

IV. Quand on voudra enfouir le moignon appendiculaire, on pourra employer soit des points séparés (suture à la Lembert), soit le procédé de la collerette séreuse, soit le procédé en bourse, soit le procédé de Dubourg, soit celui de Denucé-Puyhaubert.

V. Nous avons pu fixer la technique de ce dernier procédé par l'expérimentation sur le cadavre.

VI. Il est difficile de comparer entre eux les résultats fournis par les divers procédés, et on ne pourra guère, du reste, invoquer pour cela les statistiques des observations dans lesquelles ils ont été appliqués. En effet, quand un temps opératoire est assez peu important pour que son utilité soit mise en doute, il est évident qu'on ne peut pas attribuer d'une façon très certaine au dit procédé la mauvaise évolution d'une appendicectomie.

VII. Le procédé de MM. Denucé et Puyhaubert, quoique non applicable à tous les cas, présente les avantages suivants :

a) Il est très rapide.

b) Il est souvent facile à exécuter.

c) Il n'utilise que les fils nécessaires à la ligature des deux moignons appendiculaire et méso-appendiculaire.

VU BON A IMPRIMER :
Le Président de la thèse,
D^r M. DENUCÉ.

VU : *le Doyen,*
A. PITRES

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 17 avril 1907.
Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BROCA. — L'appendicite.

Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 1901.

BOUQUEREL. — Thèse de Paris, 1904 (Sur 72 cas d'appendicite observés dans le service du professeur Monod).

Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, 1902.

Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, 1903.

Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, 1896 (Jalaguier).

CHALLIOL. — Thèse de Lyon, 1894.

CONGRÈS français de chirurgie, 1899 (Poncet et Roux, de Lausanne : Traitement de l'appendicite).

FAURE (Jean-Louis). — Intervention chirurgicale dans l'appendicite (*Revue internationale de médecine et de chirurgie*, 1903).

GANGOLPHE. — Société des sciences médicales de Lyon, 1896.

GUINARD. — Traité de chirurgie clinique et opératoire.

JALAGUIER. — Appendicite (*In Duplay et Reclus*).

LAURENT (O.). — Anatomie clinique et technique opératoire.

LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie.

LEGUEU. — Paris, 1897.

LEJARS. — Chirurgie d'urgence.

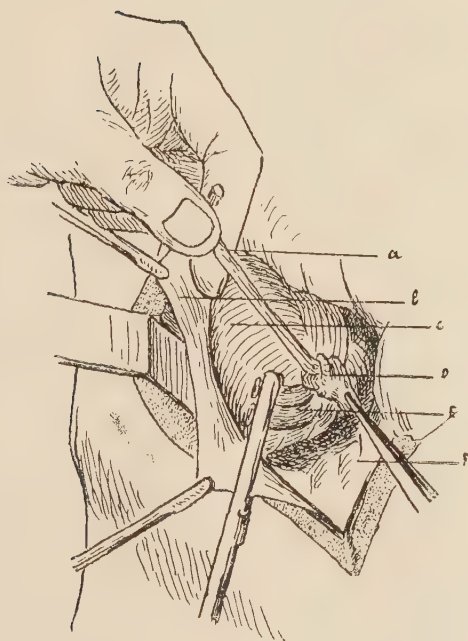
MONOD. — Communication à la Société de chirurgie de Paris, 1893.

MONOD et VENVERTS. — Technique opératoire.

ROBINSON. — *Medical Record*, 1893.

TUFFIER. — Communication à la Société de chirurgie de Paris, 1896.

PLANCHE I

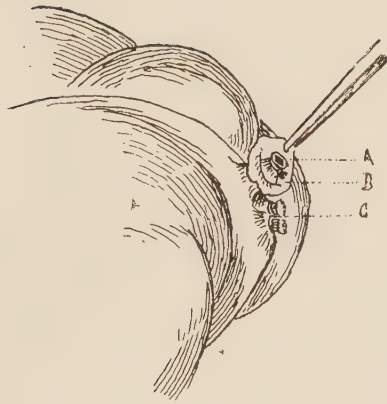


EMPRUNTÉE A LEJARS.

**Appendicectomie sous-séreuse ou décortication rétrograde
de l'appendice.**

- a) Appendice.
- b) Péritoine pariétal.
- c) Cœcum.
- d) Tunique externe de l'appendice retroussée.
- e) Bout central de l'appendice.
- f) Compresse isolante.

PLANCHE II

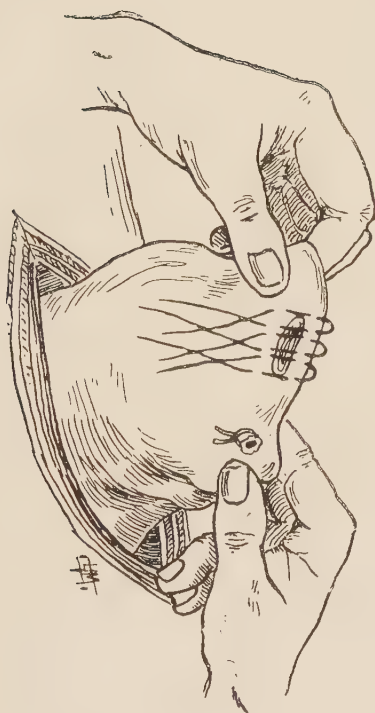


EMPRUNTÉE A LEJARS.

Résection de l'appendice. Manchette séro-musculaire.

- A) Coupe du cylindre musculo-muqueux.
- B) Manchette retroussée tout autour.
- C) Ligature du méso.

PLANCHE III



In LAURENT.

Procédé de Lembert.

PLANCHE IV

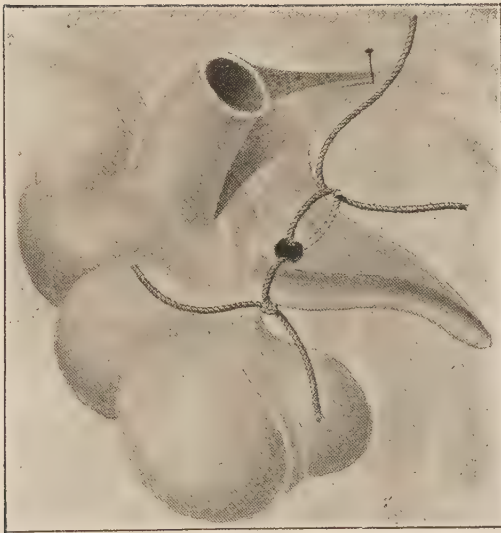


Dessin original de Y. GRATON.

Procédé Denucé-Puyhaubert.

Premier temps du procédé : l'appendice et son méso étant éviscérés suffisamment on passe le fil double sous la base de l'appendice. (A remarquer la brièveté de l'appendice).

PLANCHE V

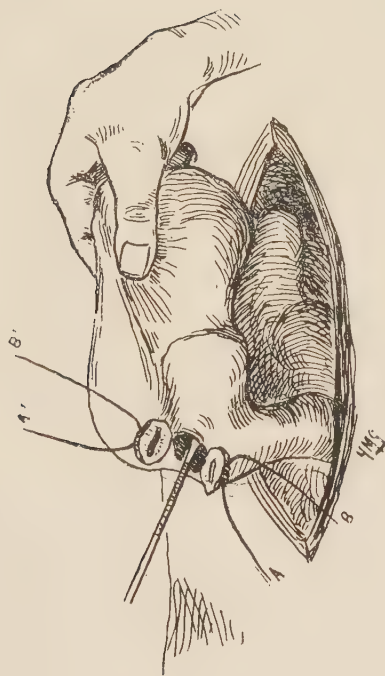


Dessin de GUÉRIN.

Procédé Denucé-Puyhaubert.

Après section de l'anse du fil, un fil est noué sur l'appendice. On va plisser le méso à sa base en serrant son fil.

PLANCHE VI

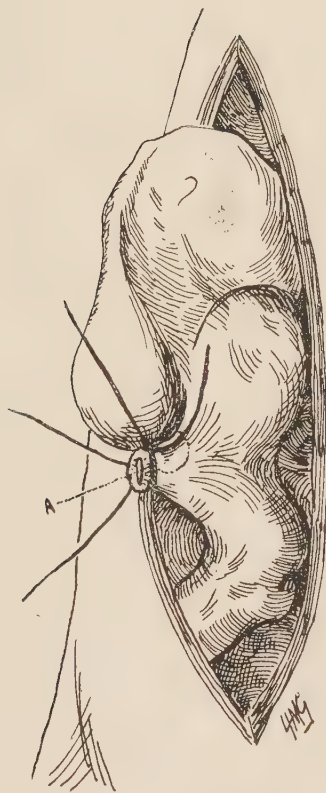


Dessin original de Y. GRATON.

Procédé Denucé-Puyhaubert.

Les deux moignons sont formés; la sonde cannelée dissocie les deux lèvres du méso pour faire la cavité où va se loger le moignon appendiculaire.

PLANCHE VII



Dessin original de Y. GRATON.

Procédé Denucé-Puyhaubert.

Le moignon appendiculaire a basculé dans la cavité artificielle creusée entre les deux lèvres du méso-appendice; ce dernier a été ramené par dessus le premier et est maintenu en attachant le fil. A avec A' et le fil B avec B' (planche VI).

